CHAPITRE 1

CONCEPTS GENERAUX

SANTE, MALADIE, HANDICAP

Il ne faut pas superposer la santé et la qualité de vie. Même si l'une contribue à l'autre, même si la demande confond souvent l'une et l'autre, il convient de poser en postulat fondamental que la médecine (au sens le plus large du terme) n'a ni pour objet ni pour objectif la qualité de vie de l'individu. Son champ d'intervention se limite (!) à l'ensemble des éléments constitutifs de la santé.

La santé n'est pas seulement un bien-être biologique, l'absence de maladie, le fameux "silence des organes". Elle se définit, selon l'OMS, comme l'expression possible des potentiels physiques, mentaux et sociaux de la personne.

D'où un premier mot clé : *le potentiel*. Que recouvre-t-il ?

Du point de vue, constamment pragmatique, des auteurs la meilleure façon d'appréhender ce concept est la référence à ce que l'on appelle les *besoins fondamentaux* (tels qu'ils ont été définis par Wood notamment ; cf infra). Ainsi l'expression possible des potentiels suppose-t-elle que l'ensemble des besoins fondamentaux soit satisfait.

La question corollaire est donc celle de savoir quand et pourquoi tel ou tel besoin fondamental n'est-il plus satisfait ? Ceci introduit les concepts de **maladie** et de **handicap** dont l'approche référentielle reste celle des travaux de l'OMS qui, dans les années 1980, ont abouti à la Classification International des Handicaps (CIH). Cette classification reconnaît trois niveaux d'analyse (et/ou de description) eux-mêmes en relation de cause à effet (et qui seront exactement repris dans ce que l'on appelle la séquence de Wood). On parle ainsi :

- *Du niveau lésionnel* pour évoquer tout ce qui correspond à l'altération d'un organe biologique
- *Du niveau fonctionnel* pour évoquer tout ce qui correspond à l'altération d'une activité individuelle
- *Du niveau situationnel* pour évoquer tout ce qui correspond à l'inadaptation de l'environnement par rapport aux altérations précédentes.

Schématiquement, le domaine de la maladie correspond aux deux premiers niveaux et le domaine du handicap au troisième.

FONCTIONS DE LA MEDECINE GENERALE

Dans l'organisation générale du système de soins français la place de la médecine générale se définit par un certain nombre de critères dont le plus spécifique est d'être une pratique ambulatoire de proximité. Ambulatoire (ambulare = marcher) signifie que l'individu poursuit ses activités (différence considérable avec la pratique hospitalière). Quant à la proximité elle recouvre les notions d'espace (répartition géographique territoriale de la profession au plus près de la population), de temps (suivi de la même personne sur une (très) longue période de sa vie) et d'intimité (relation soigné-soignant très personnalisée).

Médecin dit de **premier recours**, le généraliste reçoit des demandes sans sélection d'âge, de sexe ou de motif. Il n'en récuse, a priori, aucune, urgente ou non, et assure une permanence des soins dans le cadre de son organisation personnelle et de celle de la profession.
A partir de la demande, le généraliste va considérer l'individu dans l'interaction de trois systèmes complexes[1] : celui d'un organisme, celui d'une personnalité qui a une histoire et des projets, celui enfin d'un environnement avec ses trois composantes (humaines, économiques et matérielles). C'est ce que l'on appelle **la prise en charge globale** dont l'objectif est le diagnostic généraliste ou diagnostic de situation (cf. infra).
A l'issue d'une telle analyse intervient la prescription négociée. Cette décision se limite rarement au champ biomédical. Elle s'élargit le plus souvent à une mobilisation de ressources très diversifiées dont la mise en oeuvre implique une **coordination des soins** dans le cadre de ce que l'on appelle le suivi transversal.
La vérification de l'efficience de ces prescriptions (au sens large, généraliste) impose des réévaluations régulières qui s'effectuent dans le cadre du suivi longitudinal. Celui-ci est concrétisé par un travail de synthèse et la tenue d'un dossier médical personnalisé dans le cadre de la **continuité des soins.**

Cette démarche d'ensemble procède d'un contrat (plus ou moins implicite) médecin-patient qui engage leur responsabilité respective. Celle du médecin s'exerce, en outre, dans le cadre d'une activité libérale qui lui confère, de fait, un rôle de gestionnaire d'entreprise.

DIAGNOSTIC DE SITUATION

Ce concept, spécifiquement généraliste, procède de la prise en charge globale de l'individu et de l'analyse des composantes multifactorielles d'une situation à un moment donné. Il repose sur l'utilisation de l'outil système OPE qui, lui-même, découle de la définition en triptyque de la santé avec ses 3 composantes (biologique, psychologique et sociale).

LE SYSTEME OPE

C'est un outil qui va étudier les différentes composantes d'une demande. Il utilise des savoirs et des logiques d'analyse différents selon qu'il s'agit :

- de la composante "*organisme*" (O)
- de la composante "*personnalité*" (P)
- de la composante "*environnement*" (E)

Le champ de l'organe (O)

L'analyse repose ici sur la *logique de la relation de cause(s) à effet(s) à la base de la démarche scientifique.*
C'est l'identification de la cause ou de l'effet qui permettra de nommer le processus et partant, de mettre en place des mesures préventives, curatives ou palliatives.

[1] Dans un système compliqué le tout est égal à la somme des parties. Dans un système complexe le tout est supérieur à la somme des parties car constitué, en outre, des interactions entre ces parties. D'un point de vue épistémologique la médecine générale, au carrefour des sciences dites exactes et des sciences dites humaines, peut se définir comme une science de la complexité.

L'aptitude du médecin suppose ici un savoir dans le domaine *des Sciences Fondamentales* doublé d'un savoir-faire dans le domaine des *Sciences Cliniques*.
La démarche rejoint celle du diagnostic biomédical classique qui utilise l'interrogatoire, l'examen clinique orienté et les examens paracliniques***. Elle procède d'une logique scientifique***.
Cependant en pratique généraliste les travaux de Braun (*réf 7*) et ceux de la Société Française de Médecine Générale (*réf 8*) ont bien montré les limites de la démarche. En, effet :

- dans 20% des cas il n'y a qu'un seul *symptôme* exprimé (plainte) ou examiné (signe)
- dans 30% des cas on peut parler de *syndrome*
- dans 15% des cas on peut identifier une *maladie* (varicelle par exemple)
- et ce n'est que dans 7% des cas que l'on peut poser un diagnostic définitif (pneumonie radioclinique et pneumocoques à l'analyse des crachats par exemple)
- reste plus de 25% des cas où la question du diagnostic biomédical, en tant que tel, ne se pose pas.

On mesure une première difficulté pour l'exercice généraliste puisque l'enseignement des diagnostics tel qu'il est pratiqué dans la formation hospitalo-universitaire ne répond qu'à 22% (15+7) des situations rencontrées.

Cependant ces mêmes travaux ont démontré que l'évolution d'un symptome ou d'un syndrome vers une maladie identifiée n'a lieu que dans 1% des cas. Ce point est fondamental pour conforter les stratégies décisionnelles.

Le champ de la personnalité (P)

L'analyse repose ici sur une *logique différente : celle des Sciences Humaines* (psychologie, sociologie, anthropologie pour ne citer que les plus importantes).
Le médecin doit entrer en communication avec une personnalité, sa sémantique propre, son système de valeur personnel, son cadre de vie, son histoire, ses projets et surtout son vécu intime du problème. Une telle aptitude suppose des compétences spécifiques au moins égales à celles qu'exigent les rigueurs scientifique et clinique.
C'est la seconde difficulté compte tenu de la part étique de la formation universitaire dans le domaine de ces sciences humaines.

D'autant que parallèlement à ce domaine, intervient en outre ici, ce qu'il est convenu d'appeler le savoir-être face à la relation soignant-soigné. Balint a bien montré que le médecin généraliste se prescrit d'abord lui-même (*réf 9*). Ce qui implique une connaissance de soi, et de soi en relation émotionnelle, au moins égale à celle du thérapeute dans l'utilisation du médicament avec ses indications, contre-indications, posologie, interactions et effets secondaires....

En somme il s'agit d'aborder le champ de la personnalité avec un savoir théorique et pratique largement imprégné de sciences humaines et avec une aptitude à identifier et à maîtriser son propre fonctionnement en situation de soins.
La démarche procède ici de ce que l'on pourrait appeler une **logique relationnelle.**

Le champ de l'environnement (E)

La démarche généraliste est *par nature* confrontée aux facteurs de l'environnement;
Elle peut les intégrer via leur connaissance directe : *cadre domiciliaire* grâce à la visite par exemple.
Elle peut les utiliser (ou les subir) quand il s'agit de *personnes*, présentes ou évoquées par le patient, voire rencontrées par ailleurs dans l'exercice (ou en dehors).
Elle doit les analyser systématiquement pour ce qui concerne le *cadre professionnel* et le *réseau de soins primaires personnel* du patient.
Elle doit les préciser pour ce qui concerne le *cadre financier* : degré de suffisance économique et surtout couverture sociale.
La logique procède ici d'une science (ou d'une discipline) qui n'existe pas puisqu'elle met en jeu des savoirs multidisciplinaires intégrant les *Sciences économiques, sociales et politiques*.
On pourrait la qualifier de ***logique pluridisciplinaire***.

LE DIAGNOSTIC DE SITUATION

A la différence du diagnostic positif biomédical classique qui reste centré sur le champ de l'organe, la démarche généraliste élargit donc son analyse, nous l'avons vu, à la composante psychologique de la personne et à son environnement;
L'analyse de la plainte impose donc d'en identifier les 3 composantes éventuelles.
La recherche de la cause, de la même façon, impose de scanner les 3 champs du systéme OPE. Il n'y a en effet pas forcément de correspondance entre le champ de la plainte et celui de la cause (tous les ulcères gastriques ne sont pas liés à la présence d'Hélicobacter pylori ; toutes les dyspepsies ne sont pas des ulcères).
Quant à la mobilisation des ressources elle s'exercera elle aussi dans tel ou tel champ et pas forcément celui de la cause (l'aménagement domiciliaire peut être la seule réponse à une coxarthrose invalidante).
On vérifie la compétence généraliste dans cette aptitude à scanner les trois champs du système OPE. Elle suppose un éventail de connaissances et de compétences considérables car, *si le généraliste ne peut pas tout faire, il doit savoir tout ce qui se fait.*

LES CONCEPTS GERONTOLOGIQUES

AUTONOMIE ET DEPENDANCE

Comme toujours pour assurer l'efficacité d'un langage commun, il importe de poser les éléments d'une sémantique consensuelle. Or le vocabulaire de la gérontologie est particulièrement exposé aux malentendus. Pour deux raisons principales :

- La première tient à l'utilisation courante du mot "autonomie" souvent confondue avec *la faculté d'agir seul*. Cette confusion est alimentée par le vocabulaire administratif qui parle, par exemple, d'Allocation Personnalisée d'Autonomie pour l'APA ou d'Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources pour la grille AGGIR.
- La seconde tient à la contestation par certains de la notion même d'indépendance. Postulant qu'il s'agit d'un concept mythique, puisque tout individu est forcément dépendant des autres et des choses, ils rejettent ainsi la connotation péjorative d'une *dépendance* qui serait l'apanage de la personne âgée.

Ceci posé, comment rejoindre Paul Valéry qui avertissait que "*tout ce qui est simple est faux et que tout ce qui est compliqué est inutilisable*" ? Peut-être en adhérant au principe de définitions dont les linguistes savent bien l'évolutivité mais qui ont le mérite de servir de référence sémantique commune à un moment donné.

L'autonomie

Elle est définie par les dictionnaires comme "*la faculté de décider soi même des ses choix*". L'étymologie renvoie même au suffixe "loi" (nomos) ce qui revient à dire "*de ses choix de vie*". Certes, ceci postule une condition de liberté, mais à partir de cette définition, la confusion devient fréquente avec l'autonomie physique, c'est à dire "*la faculté d'agir seul"*. Or la référence gérontologique est nette : elle définit l'autonomie comme "***la capacité mentale à décider***". En d'autres termes, l'autonomie gérontologique se rapporte donc exclusivement aux fonctions cognitives.

Il convient cependant de ne pas occulter un principe de réalité simple directement issu de l'analyse Kantienne de l'autonomie. *Il ne suffit pas en effet que la personne exprime ses choix, encore faut-il que ceux-ci soient dictés par la raison.*

D'où une première définition : l'**autonomie est la faculté mentale et raisonnée d'exprimer des choix de vie personnels.**

Ce travail sémantique n'est pas une simple argutie intellectuelle. Le réenchantement des idées a ses vertus certes, mais il s'agit ici, souvent, de réalités plus douloureuses. En effet l'analyse du médecin et, partant, sa responsabilité sont mises à rude épreuve tant la frontière entre un choix strictement personnel librement exprimé et un éventuel déficit d'informations d'une part, entre l'expression d'un désir lucide et ses conséquences pour l'individu lui-même ou son entourage d'autre part, cette frontière, donc, est ténue, fluctuante, évolutive et enfin, presque toujours affaire de cas particuliers. Peut être, d'ailleurs, cet aspect de la problématique générale est-elle le coeur de la gérontologie ?

La dépendance

La dépendance en gérontologie est définie par l**a nécessité d'une aide extérieure pour la satisfaction de tout ou partie d'un ou de plusieurs besoins fondamentaux** (cf. infra).

Plus précisément, on dira d'un individu qu'il est **dépendant si, pour une activité donnée, il ne la réalise pas complètement, habituellement, totalement, seul et spontanément,** c'est à dire selon les 5 critères de l'évaluation analytique gérontologique (CHT2S).

Il faut, ici, bien noter plusieurs éléments :

a) L'analyse de la *performance* par rapport à une activité donnée, intègre aux facultés physiques et sensorielles de l'individu les "outils rattachés" à son corps (lunettes, prothèses, fauteuil roulant)

b) L'analyse de cette performance ne doit pas se faire en situation de test clinique mais en situation de vie quotidienne. Elle suppose donc, le plus souvent, une **approche pluridisciplinaire**.

c) Si un seul des 5 critères n'est pas satisfait, l'individu est considéré comme dépendant par rapport à l'activité étudiée. Ainsi, constater qu'un individu **peut marcher** (ou manger ou se laver etc...) ne signifie pas pour autant **qu'il marche selon les 5 critères** de l'évaluation gérontologique !

* * *

Au total

Un individu peut ne plus être autonome tout en ayant conservé des aptitudes sensorielles et locomotrices qui assurent son indépendance.
Inversement, un individu peut rester autonome tout en étant très dépendant. Cette autonomie se manifestera tant qu'il sera en mesure d'exprimer des choix personnels dictés par la raison. Cette expression ne préjuge donc pas des aides dont il peut avoir besoin.
Ce constat fondamental, qui rappelle *que ce n'est pas parce que l'on a satisfait tous les besoins d'un individu que son désir est satisfait*, est à la base du respect de la dignité humaine.

LES BESOINS FONDAMENTAUX(selon Wood)

Un besoin fondamental encore appelé rôle social ou rôle vital (Wood) est défini comme **un ensemble d'activités données, considérées comme normales compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio culturels d'un contexte donné.**
Cet ensemble d'activités s'apprécie donc pas rapport à ces trois références.
Remarquons d'emblée la fragilité de cette définition à l'épreuve des exigences contemporaines de chaque individu. Avoir "l'âge des ses artères" dit bien la relativité de l'âge réel et l'évolution sociétale ne prédispose guère à l'acceptation de la réduction de ses propres performances !
D'un point de vue pragmatique, on peut distinguer, selon les propositions de wood, six besoins fondamentaux. Ils seront à la base de toutes les grilles d'évaluation et même si certaines les démultiplient, le principe reste le même. Il s'agit des besoins suivants : La mobilité, l'orientation, la sécurité, l'hygiène, l'occupation, la nutrition (donnant l'acronyme M.O.S.H.O.N)

LA MOBILITE concerne tous les déplacements ainsi que le maniement des objets.

L'ORIENTATION concerne le temps, l'espace, la conscience de soi, d'autrui et de l'environnement matériel.

LA SECURITE concerne l'habitat, les fonctions sensorielles, les possibilités de communications et la suffisance pécuniaire.

L'HYGIENE concerne l'organisme et l'environnement domiciliaire.

LES OCCUPATIONS concernent un vaste ensemble qui va des facultés d'adaptation aux événements, jusqu'à la vie de relation.

LA NUTRITION concerne les aspects qualitatifs et quantitatifs, mais aussi la possibilité de préparer et de prendre ses repas seul.

LA SEQUENCE DE WOOD

Rapporteur des travaux de l'OMS en vue de la Classification Internationale des Handicaps (C.I.H), Wood a proposé trois repères dont la relation linéaire (de cause à effet) et à la base de la taxinomie de cette classification.

Il s'agit de *la déficience*, de *l'incapacité* et du *désavantage*.

La déficience

La déficience correspond à l'altération d'un organe (coxarthrose par exemple) **ou d'un système** (artérite par exemple).
Elle correspond au **niveau lésionnel**.
Elle se réfère à ce qui est **intrinsèque** à l'individu, à son **organisme**.
Elle s'apprécie par rapport à une **norme biologique**.
Un résultat de VS n'aura par la même signification chez un homme de 40 ans, chez une femme enceinte de 28 ans et chez une personne de 89 ans.

L'incapacité

L'altération biologique (ponctuellement en situation aiguë résolutive mais durablement, voire définitivement, en situation chronique ou lésionnelle irréversible) va empêcher l'organisme d'entrer en communication avec son environnement.
Cette entrave correspond donc à l'altération de l'interface sensori-motrice et définit l'incapacité.
L'incapacité correspond à l'altération de la faculté d'accomplir une activité donnée (marcher, entendre, serrer la main par exemple).
Elle correspond **au niveau fonctionnel.**
Elle se réfère à **la personne** en tant qu'individu en relation avec **l'extrinsèque**.
Elle s'apprécie par rapport à **une norme fonctionnelle** c'est à dire à des critères considérés comme normaux pour un individu donné.
La vitesse de déplacement ou le port d'une charge seront physiologiquement différents à 25 ans et à 80 ans.

Le désavantage

L'altération de l'interface sensori-motrice organisme-environnement, donc de la vie de relation d'une personne, va mettre celle-ci en situation de handicap. Elle devient désavantagée par rapport à une autre personne non affectée par la perte d'aptitude (c'est à dire l'incapacité).
Cependant l'incapacité concernait **une activité**.
Le désavantage quant à lui concerne **un ensemble d'activités,** ce qui nous renvoie à la notion de besoin fondamental.
Un désavantage correspond à la non satisfaction d'un des rôles vitaux c'est à dire de l'ensemble des activités lui correspondant et considérées comme normales compte tenu de l'âge, du sexe et du contexte socio culturel de l'individu.
Il correspond au **niveau situationnel**.
Il se réfère à la vie **environnementale**, sociale, de l'individu.
Il s'apprécie par rapport à une **norme sociale**.
L'altération de la motricité, par exemple, mettra un individu de 80 ans en situation de désavantage par rapport à ses possibilités d'aller acheter son pain ou son journal mais pas par rapport à un concours de danse hip-hop.

La séquence de Wood correspond à la relation linéaire suivante :

Déficience

↓

Incapacité

↓

Désavantage

Exemples

Polio ou accident	**=**	**Processus Pathogénique**
↓		↓
Atrophie du MI	**=**	**Déficience**
↓		↓
Altération de la marche	**=**	**Incapacité**
↓		↓
Accès difficile à l'emploi	**=**	**Désavantage**

Athérome	**=**	**Processus Pathogénique**
↓		↓
Angor	**=**	**Déficience**
↓		↓
Gène à l'effort	**=**	**Incapacité**
↓		↓
Ne peut pas faire ses courses	**=**	**Désavantage**

LES BESOINS RESIDUELS

Place respective de la séquence de Wood et du diagnostic de situation

Nous l'avons vu la séquence de Wood est la relation linéaire de cause à effet qu'il y a entre les 3 concepts : déficience, incapacité et désavantage.
Rapportée à la CIH cette séquence correspond aux trois niveaux de la classification.
Le niveau lésionnel correspond à la déficience
Le niveau fonctionnel correspond à l'incapacité
Le niveau situationnel correspond au désavantage.

Par contre il n'y a pas stricte superposition entre l'application du système OPE du diagnostic de situation et la séquence de Wood. Seule la déficience correspond bien au niveau de l'organe.
Pour ce qui concerne les autres concepts, il faut faire intervenir, ici, *la différence qu'il y a entre inaptitude et performance*.

L'inaptitude s'apprécie en situation de test clinique

Ainsi un individu pourra ou pas se lever, marcher, se laver, manger etc... S'il ne peut pas, il y aura inaptitude.

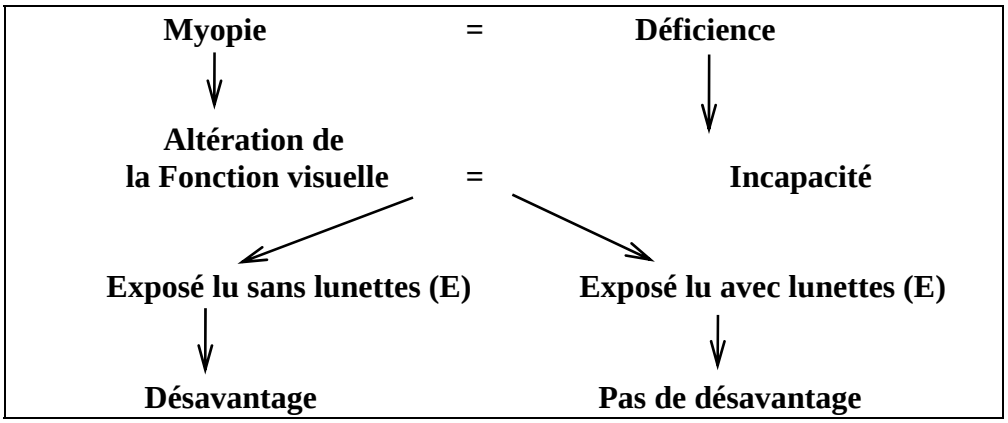
Mais cette inaptitude sera **majorée ou minorée** par deux facteurs :

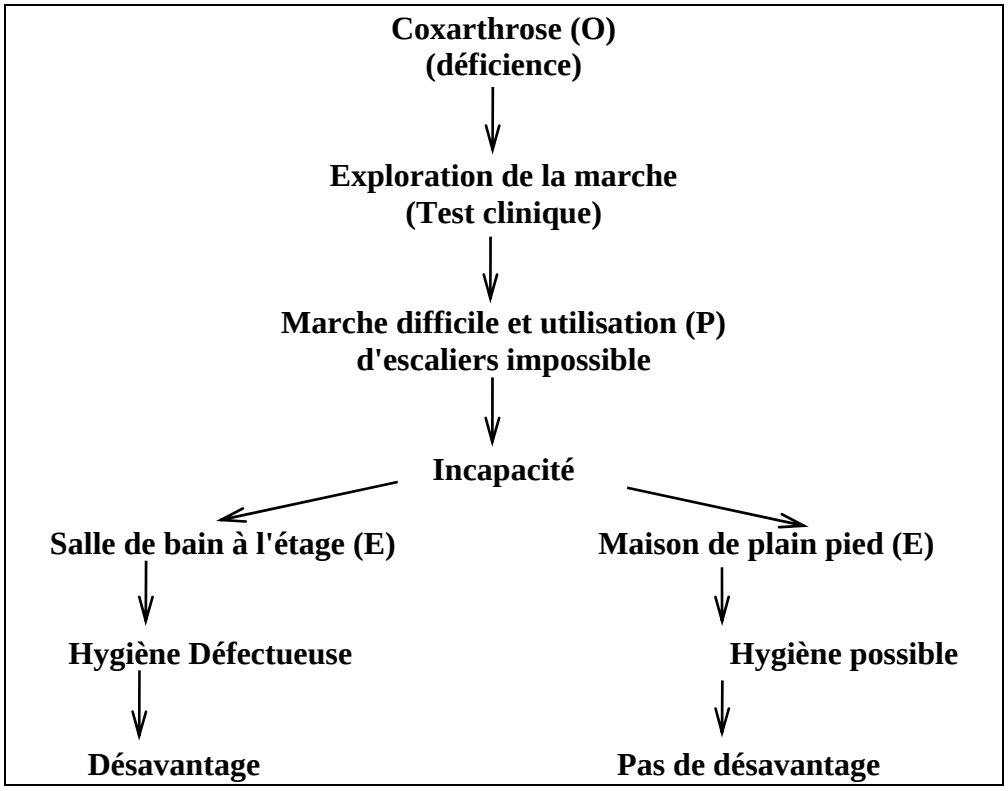
- **Le vécu de la maladie** (champ P du système OPE)
- **Les ressources de l'environnement** (champ E du système OPE)

C'est à partir de l'intervention positive ou négative de ces deux facteurs que l'on pourra apprécier la performance réelle. C'est ce que l'évaluation gérontologique a bien compris en introduisant les 5 critères (CHT2S) dont la prise en compte inclue *forcément* ces 2 facteurs en situation de vie quotidienne. En ce sens elle rejoint étroitement la pratique généraliste constamment confrontée à la triple réalité complexe de l'organe, de la personne et de l'environnement (outil système O.P.E)[2]

[2] *Nous l'avons vu, la médecine générale est une pratique qui considère un individu dans sa globalité et son environnement. C'est une science au carrefour des sciences et d'un point de vue épistémologique on pourrait la définir comme une science de la complexité.*
Dans un système compliqué, le tout est égal à la somme des parties (par exemple cet exposé)
Dans un système complexe, le tout est supérieur à la somme des parties parce qu'il procède aussi des interactions entre ces parties.
Complexité d'un organisme en tant que système d'organes en permanentes et évolutives interactions.
Complexité d'une personnalité dont l'ipséité (c'est à dire ce qui fait ce qu'elle est) est en interaction avec son organisme, son histoire, ses projets et son environnement.
Complexité d'un environnement lui-même tridimensionnel : humain, matériel économique.
Complexité enfin des interactions entre ces trois systèmes complexes.

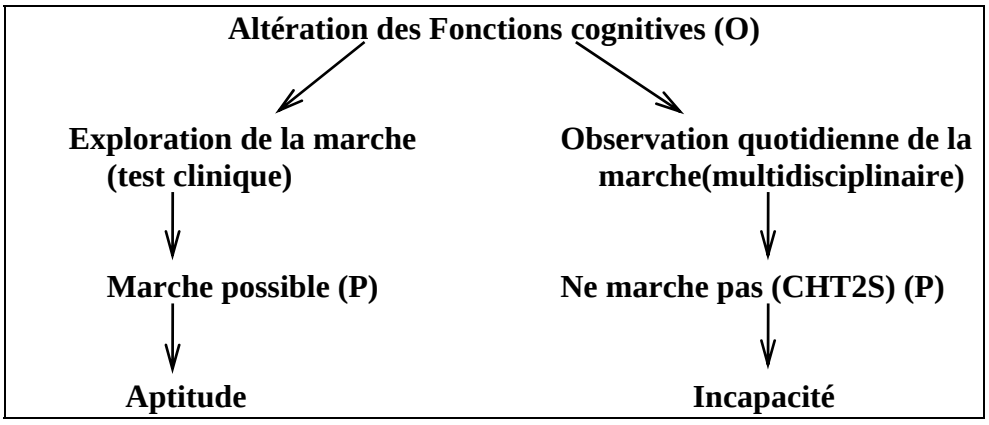
Exemples





Et il peut y avoir altération de la performance sans inaptitude

Exemple



On mesure bien ainsi les interférences avec la Personnalité.

C'est l'interaction inaptitude-personnalité qui va, ou pas, conduire à l'altération de la performance, c'est à dire à l'incapacité.

De même qu'avec l'Environnement.

C'est, de la même façon, l'interaction inaptitude-environnement qui va, ou pas, induire une incapacité.

En outre, pour ce qui concerne le désavantage proprement dit, il faut bien comprendre qu'il s'exprime (est défini) dans le champ environnemental (on parle de désavantage social), mais il n'est pas la composante environnementale d'un problème ; il est la conséquence (sociale) du problème. Sur les plans sémantique, pédagogique et pratique cette différence est très importante.

Illustration avec l'exemple de la coxarthrose

Appliqué à la séquence de Wood

La coxarthrose en tant qu'altération de la structure articulaire est une déficience.

Cette déficience induit une inaptitude à la marche. L'individu est dit alors en situation d'incapacité par rapport à l'activité "motricité du membre inférieur".

Cette incapacité l'empêche d'aller acheter son pain et son journal (ce que fait encore tous les jours son voisin du même âge qui ne souffre pas de coxarthrose) : il est donc désavantagé, handicapé. On parle de désavantage social.

Appliqué au diagnostic de situation

L'évaluation du degré de dépendance (réalisée lors de la 1ère étape du diagnostic gérontologique, au moyen d'une grille d'analyse - cf infra) a mis en évidence un problème : la *non satisfaction d'une des activités* (incapacité, ici la marche) d'un *besoin fondamental* (ensemble d'activités, ici la motricité).

Quelles en sont les composantes?

- Sur le plan organique: la coxarthrose
- Sur le plan de la personne les questions sont les suivantes : Quel est le degré de cette incapacité (à se déplacer) ? Et le retentissement psychologique *majore-t-il ou minore-t-il le problème*?
- Sur le plan de l'environnement, même démarche: les paramètres du E (environnement humain; contexte matériel, domiciliaire notamment; situation économique) *majorent-ils ou minorent-ils le problème* ?

C'est cette dissection exhaustive, coeur du diagnostic de situation, qui va permettre la mise en place de ressources (de réponses) cohérentes.

Comme nous l'avons vu, on mesure bien la difficulté de la démarche. Elle fait appel à. différents types de savoir: savoir scientifique, savoir-faire clinique, savoir-être relationnel, savoir environnemental.

Les savoirs mobilisent, quant à eux, des processus de logiques différentes : logique scientifique, logique relationnelle, logique pluridisciplinaire.

C'est le diagnostic de situation et son approche tridimensionnelle qui caractérise la difficulté et la singularité de l'exercice généraliste. Ses objectifs tendent vers la cohérence des réponses. Encore faut-il que le généraliste dont la fonction n'est pas de tout savoir, sache cependant tout ce qui se fait. C'est la condition, sine qua non, pour l'élaboration d'un plan de soins efficient. La coordination des intervenants et l'évaluation de cette efficience coulent ensuite (quasiment) de source...

Les besoins résiduels

On arrive ainsi au terme de la démonstration : un besoin résiduel est ce qui résulte d'une inaptitude non compensée par les ressources de la personnalité et/ou de l'environnement. Ce sont les besoins résiduels qui posent problème. Ce sont eux qui doivent être identifiés par une grille d'évaluation.
La démarche gérontologique a bien compris le processus en intégrant à son analyse les 5 critères (CHT2S) qui correspondent, de fait, à la prise en compte des champs P et E du diagnostic de situation.
La détermination des besoins résiduels est à la base de la prescription des ressources à mobiliser.

LES GRILLES D'EVALUATION GERONTOLOGIQUE

GENERALITES

La multiplicité des grilles d'évaluation en gérontologie témoigne de leurs insuffisances respectives, mais surtout de l'ambiguïté de leurs objectifs. Insuffisance, par exemple, quand leur conception occulte le cadre spécifique du domicile personnel, ou quand l'évaluation se limite à une batterie de tests et questions à un moment donné, a fortiori réalisée par un(e) professionnel(le) solitaire qui ne connaît pas la personne. Ambiguïté quand l'objectif reste centré sur un score (individuel et a fortiori collectif) plutôt que sur les initiatives imposées par la détection des problèmes.
Car voilà bien la philosophie fondamentale de toute évaluation : et après ?
Certes, en institution, les chiffres (Gir Moyen Pondéré par exemple) seront directement utilisables pour l'organisation générale de l'établissement. Mais la démarche généraliste ne suit pas cette logique comptable. Elle s'inscrit dans une relation duelle, fortement personnalisée, et n'utilise des outils d'évaluation qu'en tant qu'ils permettent de mobiliser les bonnes ressources (quand elles existent...)
D'où le travail de conception d'une grille conciliant exhaustivité et fonctionnalité. Celle des auteurs sera développée au chapitre 3. Nous ne ferons donc, ici, dans un souci de culture gérontologique générale, que survoler les grilles les plus courantes, renvoyant les lecteurs aux documents spécifiques pour tout approfondissement.

LA GRILLE AGGIR (*réf 10*)

La grille A.G.G.I.R (Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources) comprend dix variables discriminantes et sept variables illustratives.
Chaque variable répond à trois modalités :

- A: fait correctement, habituellement, totalement, seul, spontanément (CHT2S)
- B: fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement ou non seul ou non spontanément
- C: ne fait pas

AGGIR permet de définir des groupes iso-ressources. Un groupe iso-ressources comprend les personnes (âgées) dont la perte d'autonomie et/ou la dépendance nécessite une *mobilisation de ressources significativement proches*. Les individus ont été regroupés en six groupes iso-ressources.

- **Le groupe iso-ressources I**

Il correspond essentiellement aux personnes âgées ayant perdu leur autonomie mentale et leur indépendance corporelle, locomotrice et sociale. En particulier le déplacement à l'intérieur est impossible: ils sont confinés au lit ou au fauteuil.

- **Le groupe iso-ressources II**

Il correspond essentiellement à deux groupes de personnes âgées:
1) Celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.
2) Celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices. Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement faits.

- **Le groupe iso- ressources III**

I1 correspond essentiellement aux personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur indépendance locomotrice mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides (toilette, habillage, hygiène).

- **Le groupe iso ressources IV**

Il comprend essentiellement deux groupes de personnes:
1) Celles qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules.
2) Celles qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

- **Le groupe iso-ressources V**

I1 comprend des personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

- **Le groupe iso ressources VI**

Il regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur indépendance pour les actes discriminants de la vie courante. Les variables illustratrives permettent de préciser les profils des personnes concernées

Les groupes 5 et 6 au domicile:

En institution, l'environnement prend normalement en charge la continuité de la sécurité des personnes et fournit les denrées et autres produits nécessaires à la vie courante.

Au domicile, il en est tout autrement. Pour les groupes 5 et 6 il convient de prendre en compte. deux nouvelles variables:

- le déplacement à l'extérieur;
- l'utilisation des moyens de communication à distance pour appel en cas de besoins

Les groupes 5 et 6 se répartissent donc en deux sous-groupes chacun :

- Sous-groupe A: la personne a besoin de tiers pour que soient apportés à son logement les produits nécessaires à la vie courante ou ne peut en cas d'urgence alerter son entourage. Il s'agit d'une personne confinée.
- Sous-groupe B : la personne n'a pas de problèmes majeurs et permanents sur ces deux points.

Les variables du modèle A.G.G.I.R.
(Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources.)

	A = Fait seul, habituellement, correctement B = Fait partiellement C = Ne fait pas
Cohérence converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	[____]
Orientation se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux.	[____]
Toilette du <u>haut</u> et du <u>bas</u> du corps assurer son hygiène corporelle (AA=A, CC=C, autres =B)	[____]
Habillage (<u>Haut</u>, <u>Moyen</u>, <u>Bas</u>) s'habiller, se déshabiller, se présenter. (AAA=A, CCC=C, autres =B)	[____]
Alimentation se <u>servir</u>, et <u>manger</u> les aliments préparés (AA=A, CC=C, BC=C, CB=C, autres =B)	[____]
Elimination urinaire et fécale assurer l'hygiène de l'élimination <u>urinaire</u> et <u>fécale</u>. (AA=A, CC=C, AC=C, CA=C, BC=C, CB=C, autres =B)	[____]
Transferts se lever, se coucher, s'asseoir.	[____]
Déplacements à l'intérieur. Avec ou sans canne, déambulateur ou fauteuil roulant.	[____]
Déplacements à l'extérieur. À partir de la porte d'entrée sans moyen de transport.	[____]
Communication à distance. Utiliser les moyens de communications: téléphone, alarme, sonnette.	[____]

Variables illustratives, n'intervenant pas dans le calcul du groupe iso-ressources mais indispensables pour bâtir le plan de soins :

Gestion : gérer ses affaires, budget, se servir de l'argent, démarches administratives, formulaires.	
Cuisine : préparer des repas.	
<u>Ménage</u> : effectuer l'ensembles des travaux ménagers.	
Transports : prendre et/ou commander un moyen de transport (au moins une fois par semaine).	
Achat : acquisition directe ou par correspondance.	
Suivi du traitement : se conformer à l'ordonnance de son médecin.	
Activités du temps libre : sportives, culturelles, sociales, de loisirs, de passe-temps.	

MODE D'EMPLOI DE LA GRILLE AGGIR

Les variables discriminantes

Cohérence

Converser et (ou) se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société dans laquelle on vit.

Précisions

Logique : de raison, raisonnable.

Sensée : qui a du bon sens, le sens commun.

Correcte : conforme aux convenances et usages admis et acceptés en référence aux normes sociales.

Observation

Dans le cas où la personne est cohérente et logique mais dans son propre système de pensée, il convient d'évaluer en tenant compte des écarts par rapport à ce qui est considéré comme logique et correct par la société.

Exemples

- La modalité est C :

* si une personne se promène toute nue hors de chez elle ;
* si une personne fait ses besoins dans des réceptacles non prévus à cet effet…

- La modalité est B :

* si une personne a, par moment, une conduite et un raisonnement logiques et, par moment, illogiques ;
* si une personne prétend à tort, de façon répétée, qu'elle a été volée et que, par ailleurs, elle ne pose pas de problème ;
* si elle a des comportements déplacés.

On retrouvera des troubles de la cohérence dans d'autres variables, par exemple « habillage », si la personne met sa chemise par-dessus sa veste, ce qui n'est pas correct.

Orientation

Se repérer dans le temps, les moments de la journée, dans les lieux et leur contenu.

Précisions

Il ne faut pas demander à la personne âgée « quel jour est-on ? » car peu d'entre nous sauraient répondre le 23 ou le 24 juin durant une période de vacances...

Questions à se poser

Est -ce que la personne sait se situer par rapport aux saisons (été, hiver…), par rapport aux moments de la journée (matin, soir), dans des lieux de vie habituels (maison, appartement, quartier, unité de vie...) ? Connaît-elle l'année, le mois ?

Exemples

- La modalité est C :

* si une personne se trompe pratiquement toujours de logement, de chambre ;
* si une personne ne différencie pas le jour et la nuit ;
* si l'heure des repas est à rappeler quotidiennement.

- La modalité est B si une personne se (rompe rarement de logement.

Remarque :

Si les deux variables « cohérence» et « orientation» ne sont pas cotées « A », il sera exceptionnel d'obtenir « A » sur toutes les variables suivantes. Il convient de ne pas oublier que « A » signifie « fait seule, totalement, habituellement et correctement ».

Toilette : généralités
Elle concerne l'hygiène corporelle.
Précisions
Pour « seul », il est indispensable que l'acte soit spontané, sans incitation.
A domicile, les installations - la salle de bains, la baignoire ou douche - ne doivent pas influencer l'évaluation de cette variable. On peut être propre sans posséder de telles installations.
Questions à se poser
Il est essentiel de demander à l'entourage si l'on est obligé de dire toujours à la personne âgée d'aller faire sa toilette pour qu'elle l'effectue.
Il importe aussi de ne pas imposer ses propres règles d'hygiène à une personne qui est propre mais avec d'autres règles culturelles.
Exemples
- La modalité est C si la toilette n'est jamais effectuée.
- La modalité est B si la toilette est effectuée correctement, mais s'il est nécessaire d'inciter régulièrement la personne ou de préparer les affaires de toilettes ou le bain, sans pour autant laver la personne.
La variable « toilette » comprend toilette du haut et toilette du bas.
Pour renseigner la variable toilette, il convient d'abord de codifier l'autonomie pour la toilette des parties hautes puis des parties basses du corps qui font l'objet de précisions dans les deux suivants.
Pour passer de ces deux variables à une seule variable « toilette », on utilisera le raisonnement suivant :
* si les modalités de toilette haut et bas sont A, celle de toilette est A ;
* si elles sont C, celle de toilette est C ;
* dans tous les autres cas, elle est B.
Soit CC = C ; AA =A ; autres = B.

Toilette du haut
Visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage.
Précisions
Le dos n'a volontairement pas été pris en compte, car après 80 ans, il est difficile pour la majorité des personnes de se laver le dos seules, totalement, habituellement et correctement.
Pour le coiffage, c'est le coup de peigne ou de brosse qui est retenu. Le travail de la coiffeuse professionnelle n'est évidemment pas évalué ici.
Le nettoyage de la denture a été supprimé car il s'avère qu'il fait perdre toute sensibilité à l'évaluation sur une variable très importante.

Toilette du bas
Régions intimes, membres inférieurs, pieds.
Précisions
Ne sont pas pris en compte les ongles des orteils.

Habillage : généralités
Il comporte l'habillage, le déshabillage et la présentation.
Questions à se poser
Faut-il préparer les vêtements pour que la personne soit vêtue correctement ?
La tenue des vêtements, leur lavage, leur repassage, les travaux de couture ne sont pas évalués ici mais dans la variable ménage.
Exemples

- La modalité est C :
* si l'habillage est totalement incorrect : non conforme aux usages, incompatible avec la météo...
* si la personne ne s'habille pas seule.
- La modalité est B :
* si la personne ne s'habille que lorsqu'elle y est invitée et (ou) ses vêtements ont été préparés ;
* si elle utilise souvent des vêtements sales ;
* si elle assure l'essentiel de l'habillage, mais pas la totalité
On cotera la variable après avoir évalué les 3 variables décrites ci-dessous : habillage du haut, habillage moyen et habillage du bas.
On utilisera alors le raisonnement suivant :
* si les trois modalités de habillage du haut, moyen et du bas sont A, habillage est A ;
* si elles sont C, habillage est C ; . dans tous les autres cas, la modalité d'habillage est B.
Soit CCC = C ; AAA=A ; autres = B.

Habillage du haut
Vêtements passés par les bras et (ou) la tête.
Précisions
On ne tient pas compte des chapeaux éventuels qui ne sont pas indispensables sous nos climats.

Habillage moyen
Fermeture sur le corps, c'est-à-dire boutonnage des vêtements, fermetures éclair, ceintures, bretelles, pressions.

Habillage du bas
Vêtements passés par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas, les chaussures.
Précisions
Suivant la saison été ou hiver, on peut être A, B ou C.

Alimentation: ***Généralités***
Les deux variables qui permettent de codifier 1'alimentation sont « se servir » et « manger ».
Elles évaluent une double activité partant du fait que les aliments sont préparés en cuisine :
- « se servir» : couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir son verre... ;
- « manger» : porter les aliments à sa bouche et avaler.
Pour passer des deux variables précisées plus loin, « se servir » et « manger », à la variable alimentation simplifiée, on utilise le raisonnement suivant :
- si les modalités de « se servir» et de « manger » sont A : alimentation est A ;
- si les modalités de « se servir» et de « manger » sont C : alimentation est C ;
- si la modalité de « se servir » est B et celle de « manger » est C : alimentation est C ;
- si la modalité de « se servir» est C et elle de « manger » est B : alimentation est C ;
- dans tous les autres cas : alimentation est B.

Soit: CC=C ; BC=C ; CB=C ; AA=A ; autres = B.

Se servir

Précisions

Si une personne bénéficie d'un portage de repas, est servie à table ou dans son lit à l'aide d'un plateau, se servir commence au moment où elle prépare les aliments avant de les mettre à sa bouche et de le~ avaler (couper la viande, peler un fruit.. .).

Mettre le couvert, préparer la table, se retrouve dans les activités de ménage. Il convient d'observer que l'utilisation d'aliments prêts à être consommés (une salade de fruits au lieu d'un fruit à peler, par exemple) rend beaucoup plus autonome.

Exemples

- La modalité est C si une personne ne coupe pas sa viande, n'ouvre pas un pot de yaourt, ne pèle pas un fruit, ne remplit pas son verre.
- La modalité est B si une partie de ces actes ne sont pas effectués, par exemple, si elle ne coupe pas seule sa viande

Manger

Porter les aliments et boissons à la bouche et les avaler.

Précisions

Si une personne âgée a une sonde gastrique qu'elle gère elle-même, elle doit être cotée A.

Exemples

- La modalité est C :

* si la personne ne met pas seule les aliments à sa bouche quelle que soit la cause somatique ou psychique ;
* si la personne n'avale pas, si la personne ne boit pas seule ;

- si la personne ne gère pas sa sonde de gavage.
- La modalité est B :

* si la personne doit être incitée à se nourrir et (ou) à boire ;
* si elle renverse sur la table ou sur elle des aliments car le repas n'est pas correct à son goût.

Élimination urinaire et anale

Il ne s'agit pas de maîtriser l'élimination (l'incontinence est un diagnostic médical), mais d'assurer l'hygiène de l'élimination.

Les problèmes d'hygiène des sanitaires (chasse d'eau et autres) font partie des activités ménagères.

Élimination urinaire

La modalité est A si la personne âgée assure seule correctement son hygiène de 1'élimination.

Élimination anale

Assurer l'hygiène de 1'élimination anale.

La modalité est A si une personne ayant une poche de colostomie assure seule et correctement, son changement.

Question à se poser

Est-il nécessaire d'inciter la personne à aller aux toilettes ?

Exemples

- La modalité est C :
* si la personne renverse régulièrement le contenu de l'urinal ;
* si la personne est toujours incitée à se rendre aux toilettes pour qu'elle n'urine pas n'importe où ;
* si la personne ne place pas elle-même et n'enlève pas les protections à usage unique. Il faut se méfier des couches utilisées abusivement par les soignants «couches d'accueil»).
- La modalité est B :
* si l'incitation pour aller aux toilettes est intermittente avec des actes spontanés
* si le changement d'usage unique s'effectue parfois correctement, parfois incorrectement ou s'il n'est utile qu'à certains moments sur les 24 h (nuit par exemple) et nécessite alors une aide. Le bassin est peu significatif, car d'utilisation périlleuse, même par un adulte en pleine forme.
« Élimination» à partir d' « élimination urinaire» et « élimination anale ».
Pour passer des deux variables « élimination urinaire» et « élimination anale », à la variable « élimination », on utilise le raisonnement suivant :
* si la modalité de l'élimination urinaire ou de l'élimination anale est C, la modalité élimination est C ;
* si les deux modalités sont A, la modalité élimination est A ;
* dans tous les autres cas, la modalité est B,
Soit: CC = C ; CB = C ; CA = C ;
BC=C ; AC= C ;AA=A ;
autres = B.

Transferts: se lever, se coucher, s'asseoir
Assurer ses transferts : passer d'une des trois positions à une autre, dans les deux sens.
Précisions
Cette variable n'inclut que les changements de position et n'inclut pas la marche et les déplacements évalués dans les variables : déplacement à l'intérieur et déplacement à l'extérieur.
Un matériel adapté permet des activités impossibles sans lui : lit à hauteur variable, potences, sièges adaptés et peut donc conduire à un classement «A».
Exemples
- La modalité est C si les changements de position lever-coucher dans les deux sens ne sont pas effectués.
- La modalité est B :
* si la personne se couche seule, mais ne se lève pas seule ou inversement ;
* si le transfert lit-fauteuil est effectué, mais pas le transfert assis-debout.

Déplacements à l'intérieur de la maison
Au domicile, le lieu de vie comporte les pièces habituelles ainsi que les locaux de service (local poubelles, hall où se trouvent les boîtes aux lettres...).
L'utilisation, par la personne seule, de cannes, déambulateur ou d'un fauteuil roulant peut lui permettre d'être B voire A.
Questions à se poser
Le déplacement est-il effectif dans toutes les pièces de la maison ?
Dans le cas d'une personne en fauteuil roulant, le manipule-t-elle seule ?
La maison comporte-t-elle un escalier ?
Exemples

- La modalité est C si la personne n'effectue pas seule ses déplacements.
- La modalité est B :
* la personne manipule seule son fauteuil roulant mais n'accède pas à toutes les pièces ;
* si le déplacement n'a lieu que dans certaines pièces de la maison, par exemple lorsque la personne se déplace dans sa 1 chambre mais ne descend pas 1'escalier qui dessert la cuisine.

Déplacements à l'extérieur
Précisions
On est dehors ou en plein air lorsqu'on a franchi la porte extérieure de la maison ou du bâtiment.
Il existe essentiellement deux notions à prendre en compte :
- le fait que la personne sorte spontanément ou pas à 1'extérieur ;
- 1'importance de la distance parcourue à partir de la porte extérieure.
Questions à se poser
Le bâtiment est-il à étages ou de plain-pied ?
Exemples
- La modalité est C si 1'on ne sort pas seul spontanément.
- La modalité est B si l'on ne sort que rarement à 1'extérieur ou si l'on ne sort pas sur tous les types de sol, ou si 1'on ne sort que de quelques mètres seulement autour de la maison.

Communication à distance
Utiliser les moyens de communication à distance : téléphone, alarme, sonnette, télé-alarme, dans un but d'alerter.
Précisions
La notion d'appel en cas d'urgence est celle qu'il est indispensable de prendre en compte dans cette variable.
Questions à se poser
Au domicile, la personne a-t-elle les moyens à la fois psychiques et matériels d'utiliser un moyen de communication pour alerter son entourage ou un service spécialisé, en cas de problème ?
Si la personne émet un appel d'urgence, existera-t-il avec certitude une personne pour le recevoir ?
Exemples
- La modalité est C à domicile, si la personne n'a ni téléphone, ni télé-alarme, ni voisin proche à alerter par cris ou coups aux murs.
- La modalité est B si une personne utilise fréquemment la télé-alarme ou la sonnette sans raison valable.

Les variables illustratives de la dépendance domestIque et sociale

Gestion
Gérer ses propres affaires, son budget et ses biens.
Se servir de l'argent et connaître la valeur des choses.
Reconnaître la valeur monétaire des pièces et billets.
Effectuer les démarches administratives : remplir les formulaires.
Précisions
Cette variable est importante pour juger de la nécessité d'une mise sous sauvegarde de justice, de tutelle ou de cura telle, bien que la décision ne puisse être prise uniquement en tenant compte de i cette seule variable.

Ce n'est pas parce qu'une personne : bénéficie de l'aide sociale, qu'elle n'effectue pas pour correctement les actes de gestion.
Exemples
- La modalité est C si la personne est sous tutelle ou si elle ne gère pas correctement ses ressources ou si elle n'a pas le sens de la valeur de l'argent. ..
- La modalité est B si la personne n'effectue qu'une partie de la gestion de ses ressources, car des tiers interviennent comme dans le cas de la curatelle ou si elle gère ses ressources mais n'effectue pas certaines démarches ou formalités administratives diverses.

Cuisine
Préparer ses repas et les conditionner pour être servis.
Précisions
Faire la vaisselle est évaluée par la variable « ménage ».
L'achat des denrées est évalué par la variable « achat»,
Le suivi diététique n'est pas pris en compte ici. Il l'est dans la variable « suivi du traitement ».
Pour que la modalité soit A, il faut que la personne assure régulièrement la préparation des repas, même si, de temps en temps, elle va au restaurant ou prend ses repas dans un foyer ou dans un club.
Exemples
- La modalité est C si la personne ne fait aucune cuisine, c'est-à-dire ne réchauffe même pas des plats déjà préparés.
- La modalité est B :
* si la personne ne prépare pas l'intégralité des trois repas, mais seulement le dîner et (ou)le petit déjeuner ;
* si elle prépare, de temps en temps, un repas même succinct ;
* si elle ne fait que réchauffer des repas déjà préparés.

Ménage
Effectuer l'ensemble des travaux ménagers.
Précisions
Par exemple des travaux ménagers, on entend :
- nettoyage des sols, des vitres, des meubles et des sanitaires ;
- faire son lit ;
- rangement ;
- lavage, repassage, raccommodage ;
- dresser la table, faire la vaisselle…
A un âge avancé, il n'est pas étonnant, étant donné l'importance des tâches ménagères à effectuer, de trouver de très nombreuses modalités B de cette variable.
Exemples
- La modalité est C si aucune des tâches ménagères n'est effectuée régulièrement.
- La modalité est B si certaines d'entre elles ne sont effectuées qu'en partie ou pas tout à fait correctement.

Transports
Utiliser un moyen de transport (individuel ou collectif).
Question à se poser

Il s'agit d'évaluer si le mode de transport choisi est, ou non, la manifestation d'une volonté de la personne.
Exemples
- La modalité est C :
* si la personne est habituellement transportée en ambulance
* si la personne est régulièrement conduite par des tiers, sans qu'elle ait effectué une démarche volontaire pour être transportée.
- La modalité est B si la fréquence ou l'initiative du transport est rare.

Achats
Acquisition directe ou par correspondance.
Question à se poser
La personne, à domicile, achète-t-elle régulièrement les denrées nécessaires à son alimentation, les produits d'hygiène et d'entretien ?
Fait-elle de même pour ses vêtements ?
S'offre-t-elle de temps en temps des objets pour son plaisir ?
Les achats sont-ils adaptés aux besoins et aux désirs ?
Exemples
- La modalité est C si une personne n'achète pas les produits et denrées indispensables.
- La modalité est B si les achats indispensables ne sont pas régulièrement effectués.

Suivi de traitement
Se conformer à l'ordonnance du médecin.
Précisions
Par correctement, on entend le respect et le suivi de ce qui est écrit sur 1'ordonnance, y compris les régimes.
Question à se poser
Le soignant ne fait-il pas à la place de la personne ce qu'elle peut faire, en particulier, la préparation des médicaments ?
Exemples
- La modalité est C :
* si la personne prépare ses médicaments, mais ne respecte pas la posologie et le rythme de prise, car le suivi est incorrect ;
* si un tiers est obligé de préparer, de rappeler, d'inciter pour que soit suivie 1'ordonnance, le tiers pouvant être le conjoint comme un soignant
- La modalité est B si la personne respecte la prise de certains médicaments, mais pas de tous ou si les oublis de prise ne sont pas exceptionnels.

Activités de temps libre
Il ne s'agit pas d'évaluer la qualité culturelle, intellectuelle, physique des activités, mais d'observer si la personne pratique diverses activités, seule ou en groupe.
Questions à se poser
La personne quitte-t-elle parfois son domicile pour partir en vacances ?
Participe-t-elle activement à des animations organisées ?
Aide-t-elle à l'organisation d'activités collectives, y compris d'intérêt commun ?
Exemples
- La modalité est C :

* si la personne n'a aucune activité de sa propre initiative et si elle ne s'intéresse jamais à la télévision devant laquelle on l'a placée ;
* si elle n'a aucune activité personnelle et qu'elle refuse de participer à toute animation proposée, même si on l'y conduit.
- La modalité est B lorsqu'une personne, qui spontanément n'a pas d'activité personnelle, participe seulement à quelques activités collectives et de façon peu active et peu intéressée. .

LE LAGER (Langage Gérontologique de Repérage) (*réf 12*)

Principe : Repérer les problèmes en analysant *15 domaines*

Les domaines étudiés sont les suivants :

1. Cognition
2. Sommeil
3. Humeur
4. Nutrition
5. Equilibre
6. Vision
7. Audition
8. Cutané
9. Incontinence
10. Douleur
11. Vasculaire
12. Oncologique
13. Infections
14. Médicaments
15. Dépendance (ou autonomie)

Pour chaque domaine des liens existent avec des *références et des protocoles* pour approfondir chaque problème identifié (Logiciel Axiage).

LA DSI et LES 14 BESOINS FONDAMENTAUX DE VIRGINIA HENDERSON

C'est à partir de la prescription médicale (cf. fiche 12 chap.4) que l'IDE va développer ses propositions (sa démarche) en s'appuyant sur l'analyse de 14 besoins fondamentaux tels que les a identifiés Virginia Henderson. Il s'agit des besoins suivants :

1. Respirer
2. Boire et manger
3. Eliminer
4. Se mouvoir et maintenir une bonne posture
5. Dormir et se reposer
6. Se vêtir et se dévêtir
7. Maintenir sa température corporelle dans les limites de la normale
8. Etre propre, soigné et protéger ses téguments
9. Eviter les dangers
10. Communiquer avec ses semblables
11. Agir selon ses croyances et ses valeurs
12. S'occuper en vue de se réaliser
13. Se recréer
14. Apprendre

LES DOMAINES D'INCAPACITE (utilisés pour l'ex ALD 32)

Incapacité concernant le comportement

Incapacité concernant la communication

Incapacité concernant la locomotion

Incapacité concernant les manipulations

Incapacité concernant les soins corporels

Incapacité concernant l'utilisation du corps dans certains tâches.

Incapacité révélée par certaines situations

LA GRILLE COTOREP

Déficiences intellectuelles et/ou troubles du psychisme et/ou difficultés du comportement

Déficiences liées à l'épilepsie

Déficiences de l'audition

Déficiences du langage et de la parole

Déficiences de la vision

Déficiences de la fonction cardio-respiratoire

Déficiences de la fonction et de la sphère digestive

Déficiences de la fonction urinaire

Déficiences métaboliques, enzymatiques

Déficiences du système immunitaire et hématopoïétique

Déficiences motrices et de l'appareil locomoteur

Déficiences esthétiques

LA GRILLE RAI (Résident Assessment Instrument)

- C'est une *méthode*...
  - ◊ *d'évaluation* globale du *résidant* qui prend en compte les différentes dimensions de l'être : physique, psychique, fonctionnelle, sociale, environnementale ainsi que les habitudes de vie.
  - ◊ qui permet d'élaborer un plan de soins individualisé.
  - ◊ bien adaptée à la démarche de soins en gérontologie.
  - ◊ qui se déroule en 3 étapes

LA PREMIERE ETAPE

- Elle consiste à rassembler de façon systématique les informations issues de l'observation du résidant au cours des *deux premières semaines* qui suivent l'entrée de la personne âgée en institution, au moyen d'une grille de recueil de données, standardisées, codifiées, appelée MDS (Minimum de Données Standardisées).
- Elle comprend 20 rubriques et 108 items.
- Les différentes sections du recueil de données MSD sont les suivantes :
    - A : Identification et informations de base (12 items)
    - B : Etat cognitif (6 items)
    - C : Communication/audition (6 items)
    - D : Vision (3 items)
    - E : Problèmes physiques et fonctionnels (8 items)
    - F : Bien être psychosocial (3 items)
    - G : Humeur et comportement (7 items)
    - H : Occupations (5 items)
    - I : Diagnostics médicaux (2 items)
    - J : Problèmes de santé (3 items)
    - K : État buccal et nutritionnel (4 items)
    - L : État bucco-dentaire (1 item)
    - M : Problèmes de peau (4 items)
    - N : Médicaments (5 items)
    - O : Procédures et traitements spéciaux (3 items)
    - P : Rubriques complémentaires (7 items)

LA DEUXIEME ETAPE utilise un tableau de synthèse appelé tableau d'alarme

LA TROISIEME ETAPE

- Consiste, à partir des signaux d'alarme, à réaliser une nouvelle évaluation approfondie
- Elle est réalisée au moyen de *protocoles standardisés* concernant les dix-huit situations cliniques les plus souvent rencontrées en gérontologie.
    1. État confusionnel aigu
    2. Altération cognitive
    3. Fonction visuelle
    4. Communication
    5. Activités de la vie quotidienne
    6. Incontinence urinaire et sonde urinaire
    7. Bien-être psychosocial
    8. Humeur
    9. Problèmes de comportement
    10. Occupations
    11. Chutes
    12. État nutritionnel
    13. Alimentation par sonde
    14. Déshydratation
    15. Soins dentaires
    16. Escarres
    17. Usage de médicaments psychotropes
    18. Contention physique

LE SYSTEME de MESURE de l'AUTONOMIE FONCTIONNELLE (SMAF) (*réf 6*)

Très utilisé au Quebec le SMAF propose une évaluation à partir de l'analyse de 29 fonctions couvrant :

1. Les activités de la vie quotidienne : 7 items
2. La mobilité : 6 items
3. Les communications : 3 items
4. Les fonctions mentales : 5 items
5. Les tâches instrumentales : 8 items

Chaque item est côté de 0 (indépendance) à 5 (dépendance totale)

CHAPITRE 2

LA DEMARCHE D'EVALUATION GERONTOLOGIQUE

UNE PROCEDURE EN QUATRE TEMPS

INTRODUCTION

A la différence de la démarche clinique classique qui part le plus souvent d'une plainte exprimée, la démarche gérontologique doit partir de l'analyse **systématique et exhaustive des besoins fondamentaux.**
Le maître mot de l'objectif de l'évaluation gérontologique est en effet **l'anticipation**. Cependant en présence d'un problème constitué, la prise en charge conservera des particularités liées au contexte et à l'âge du malade.

PREMIER TEMPS : L'ANALYSE DES BESOINS FONDAMENTAUX

Elle se réalise au moyen d'une **grille d'évaluation**. Il faut bien distinguer la grille d'évaluation générale (la boite à outils) et les grilles d'analyse spécifiques (tests, échelles etc...).
La grille d'évaluation générale proposée par les auteurs est donc la GRILLE MOSHON (cf. chapitre 3).
Les outils d'analyse sont innombrables, nous l'avons vu. Chacun d'eux explore *une* activité donnée. Rappelons qu'un besoin fondamental est un *ensemble* d'activités.
Rappelons encore que chaque activité explorée (par l'interrogatoire, l'examen, des tests etc...) doit être analysée à partir des 5 critères de l'évaluation gérontologique : *correctement*, *habituellement*, *totalement*, *seul*, *spontanément* (CHT2S). S'il manque un seul des 5 critères, l'activité est considérée comme non satisfaite. C'est un signal d'alerte qui impose de mettre en place des mesures complémentaires (cf. chapitre 4).
De façon pragmatique la grille MOSHON permet donc de pointer un certain nombre d'activités (ou de fonctions) non satisfaites. Chacune d'elles doit être considérée comme **un problème**. Il y a donc autant de problèmes que d'items cochés dans la colonne P de la grille MOSHON.
Le premier temps de la démarche, via la grille MOSHON est donc le listage des problèmes.

DEUXIEME TEMPS : L'ANALYSE DES COMPOSANTES DES PROBLEMES

Le deuxième temps correspond au *diagnostic de situation généraliste*. Il consiste donc à préciser pour chacun des problèmes identifiés ses diverses composantes, dans les trois champs du système OPE (cf. chap. 1).
Cette étape essentielle peut se réaliser dans le prolongement immédiat de la grille MOSHON ou au terme de la mise en jeu des stratégies complémentaires. Dans les deux cas le raisonnement est le même mais il sera plus global au terme de l'extension du bilan.
L'objectif est donc de remplir le tableau suivant : **Diagnostic de situation.**

Mode d'emploi

Il convient de lister l'ensemble des problèmes. Ceux-ci correspondent, en dernière analyse, à ce que l'on a défini comme étant les besoins résiduels, c'est à dire *toute altération d'activité non compensée par la personnalité et/ou l'environnement.*

En face de chacun des problèmes (ou besoins résiduels) identifiés, il convient de mentionner ses composantes dans les trois champs du système OPE.

Tableau : Diagnostic de situation

NATURE des problèmes	**COMPOSANTES des problèmes**				
	Reliées à la déficience (O)	**Reliées à la personne (P)**	**Reliées à l'environnement (E)**		
			Humain	**Matériel**	**Economique**
Exemple : Ne peut plus faire ses courses	Coxarthrose	Dépressive et douloureuse Ne peut pas prendre les transports en commun	Vit seul	Pas de commerce à proximité	N'a pas d'aide de type APA Retraite trop faible pour payer le portage des repas à domicile.

TROISIEME TEMPS : LA MISE EN PLACE DES RESSOURCES

Il s'agit, au terme du diagnostic de situation, de hiérarchiser l'ensemble des problèmes et de faire correspondre à leurs composantes les ressources adéquates (*cf tableau Projet de soins et d'interventions)*
Cette mobilisation doit tenir compte à la fois des principes de réalité et de toutes les ressources théoriques possibles. Il n'y a en effet pas toujours une stricte correspondance entre les composantes et les possibilités de réponses.

Ainsi dans l'exemple de la coxarthorse il pourra s'agir
D'antalgiques ou de chirurgie (O)
D'un déambulateur (E)
De kinésithérapie (E)
D'aménagement domiciliaire (E)
D'un soutien moral (P)
De l'aide aux aidants (E)
etc...

Un projet de soins nécessite plusieurs conditions :

1. Que le patient reste au centre des décisions

2. Une mobilisation pluridisciplinaire

3. Un respect mutuel

4. Des échanges c'est à dire une co-élaboration des décisions via une communication efficiente

5. Que le médecin généraliste traitant reste le maître d'oeuvre des prescriptions, même quand il n'est pas la personne-ressource principale.

PROJET de SOINS et d'INTERVENTIONS

Les buts à atteindre découlent directement du diagnostic de situation. Le tableau précédent listait en effet un certain nombre de problèmes. L'identification de leurs composantes permet facilement de "ventiler" les actions à entreprendre pour atteindre le but.

A partir des problèmes identifiés par le diagnostic de situation, indiquer les Buts à atteindre	**Actions à entreprendre ou à proposer (Ressources à mobiliser)**		
	Dans le champ de l'Organe	**Dans le champ de la Personnalité**	**Dans le champ de l'Environnement (humain, matériel, économique)**
Exemple (correspondant au problème identifié) Se procurer son alimentation	- Antalgiques ? - PTH ? - Antidépresseur ?	Soutien moral. Psychothérapie Relance des occupations sociales Evaluation de la relation à l'entourage social et familial	- Déambulateur, cannes - Kinésithérapie - APA et autres aides - Portage des repas ou aide à domicile - Evaluation de l'entourage

QUATRIEME TEMPS : COORDONNER ET EVALUER LE PROJET de SOINS

Coordonner nécessite d'avoir *identifié* les intervenants nécessaires et d'avoir *mis en place* leur mobilisation.
Simultanément, cette mise en place suppose d'avoir analysé *les modalités financières* et d'avoir, s'il y a lieu, sollicité des aides.
L'évaluation consiste à comparer la situation entre les temps T0 et Tn et à vérifier que ce qui était réversible l'a été et que ce qui était définitif a été compensé.

* * *

CHAPITRE 3

LES OUTILS CLINIQUES COURANTS DE L'EVALUATION GERONTOLOGIQUE

MOBILITE

EVALUATION DE L'EQUILIBRE

LA STATION UNIPODALE

Objectif : Evaluation de l'équilibre statique.
Réalisation : Demander à la personne de se tenir debout sur un pied (celui qu'elle préfère), les yeux ouverts, pendant 5 secondes.
Analyse : Si l'épreuve est réalisée sans aide, c'est normal.
Si la personne manifeste des difficultés, c'est une réponse adaptée.
Si elle ne parvient pas à tenir 5 secondes, c'est pathologique.

LE TEST DE ROMBERG

Objectif : Recherche de troubles vestibulaires ou proprioceptifs.
Réalisation : Demander à la personne de se tenir debout les yeux fermés.
Analyse : Si l'équilibre est maintenu, même avec correction, c'est normal.
Si l'équilibre n'est pas possible c'est pathologique.

EVALUATION DE LA MARCHE

LE "GET UP AND GO" TEST

Objectif : Exploration de l'équilibre dynamique et de la marche.
Réalisation : Demander à la personne assise sur un siège (à accoudoirs) de se lever, de faire 3 pas en avant, puis un demi tour, puis de revenir et de se rasseoir.
Analyse : Le test "Lève-toi et marche" comporte 5 étapes : se lever, démarrer, marcher, faire un demi tour, s'asseoir. Chaque étape correctement exécutée compte 1 point.
Le test est normal si le total est égal à 5 et si la durée est inférieure à 20 secondes. Il est pathologique si le total est < 5 et/ou la durée > 20 secondes.

ORIENTATION

EVALUATION DE LA MEMOIRE

LES CINQ MOTS INDICES DE DUBOIS

Objectif : Evaluation rapide et très discriminante des capacités d'apprentissage de la mémoire immédiate.

Réalisation : Elle se fait en 3 temps.

1er temps : *Rappel immédiat* : Annoncer "un exercice de mémoire simple qui consiste à retenir 5 mots correspondants à 5 catégories sémantiques : une fleur, un vêtement, un fruit, un instrument de musique, un animal. Voici les 5 mots :

Mimosa, chemisette, abricot, accordéon, éléphant"

- "Pouvez-vous me les répéter ?" *Rappel libre* (R1) : /5
- Pour les mots non répétés, et seulement ceux-ci, faire un rappel indicé (par exemple : quel est le nom de l'animal ?)

Rappel indicé (R2) : /5

2e temps : *Epreuve d'attention*

Demander à la personne de compter à l'envers de 100 à 80.

3e temps : *Rappel différé*

- "Pouvez-vous me dire quels étaient les 5 mots que je vous ai demandé de répéter tout à l'heure ? " *Rappel libre* (R3) : /5

En cas d'oubli et pour ces mots là seulement

Rappel indicé (R4) : /5

Analyse : Le total maximal est de 10 (par exemple R1 : 4, R2 : 1, R3 : 3, R4 : 2).

Le test est pathologique si le total est ≤ 8.

EVALUATION COGNITIVE

L'IADL à 4 ITEMS (Instrumental Activities of Daily Living)

Objectif : L'échelle de Lawton qui compte 15 items est simplifiée à 4 items qui explorent les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ)

Réalisation Elle repose sur 4 activités courantes (TTMB)

1. **L'utilisation du téléphone (T)**
2. **L'utilisation des transports (T)**
3. **La prise des médicaments (M)**
4. **La gestion du budget (B)**

Analyse : La cotation doit tenir compte des réponses de la personne mais aussi de l'avis de son entourage.

Elle repose sur les 5 critères de l'évaluation gérontologique (CHT2S ; cf Généralités).

Pour chaque question, s'il manque un seul critère, on cote 1 ; si tous les critères sont satisfaits on cote O

Le total est donc compris entre 0 et 4.

On considère *qu'un total ≥ 2 est pathologique. Un total ≥ 1 justifie un contrôle dans les 6 mois.*

LE TEST DE L'HORLOGE

Objectif : Test remarquable par sa simplicité et son potentiel de détection de troubles concernant la praxie, l'orientation temporo-spatiale, l'attention, les troubles visuo-contructifs.

Réalisation : Demander à la personne de dessiner le cadran d'une horloge en plaçant les chiffres et en indiquant, avec les aiguilles, une heure précise (par exemple 16h40).

Analyse : Elle repose sur l'étude de 4 critères :

1. Le chiffre 12 est-il bien placé ?
2. Les 12 chiffres sont-ils bien placés ?
3. Existe-t-il 2 aiguilles identifiables ?
4. L'heure indiquée est-elle exacte ?

S'il manque un des critères le test est pathologique.

EVALUATION de la COMPREHENSION et de L'ADAPTATION EVENEMENTIELLES

Objectif : Analyser différentes fonctions cognitives

Réalisation : 1.**Fluence verbale :** Donnez en une minute le plus grand nombre de mots commençant par la lettre F.

2. **Praxies idéatoire :** Mimez le geste d'allumer une bougie avec une allumette (ou planter un clou avec un marteau).
3. **Gnosies :** Identifiez une montre, un crayon, un doigt, un visage célèbre (ou familier)
4. **Jugement :** Que pensez-vous de cette phrase "J'ai trois frères : Pierre, Jean et moi".
5. **Similitude** : Jugez le lien conceptuel entre deux mots (avion/bicyclette ou fusil/ poignard).

Analyse : *Si l'une des épreuves est altérée, un bilan neuro psychologique est indiqué*

REMARQUE GENERALE CONCERNANT L'ORIENTATION

Si le résultat de l'un (ou de plusieurs) de ces tests est pathologique, un avis spécialisé voire un bilan neuro psychologique approfondi est indiqué (cf fiche 2 chap. 4)

SECURITE

EVALUATION DE L'AUDITION

LA SEQUENCE DE NOMBRES CHUCHOTES

Objectif : Dépistage rapide de la presbyacousie.

Réalisation : Se placer derrière la personne et explorer chaque oreille successivement, avec obstruction contro latérale, en demandant de répéter des séquences de nombres chuchotés.

Analyse : *Un déficit auditif uni ou bilatéral*, surtout associé à une plainte de la personne ou de son entourage, *est pathologique*.

EVALUATION DE LA FONCTION RENALE

LA FORMULE DE COCKROFT

Objectif : Apprécier la fonction rénale effective à partir de la créatinine (en µmol/l), de l'âge (exprimé en années), du sexe et du poids (en kg)

Réalisation : Clairance de la créatinine (ml/mn) :

$$CC = \frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids}}{\text{créatininémie}} \qquad F = CC \qquad H = CC \times 1{,}25$$

Créatininémie en µmol/l = créatinine en mg/l x 8,85

Analyse : Clairance normale $\geq$ 60 m/mn

Insuffisance rénale modérée entre 20 et 50 ml/mn

Insuffisance rénale sévère < 20 ml/mn

EVALUATION DE LA DOULEUR

L'ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)

Objectif : "Thermomètre de la douleur"

Réalisation : Sur une réglette, faire placer par la personne un curseur entre *absence de douleur* et *douleur insupportable.* Le verso indique une graduation lue par le médecin.

Analyse : Graduation du ressenti et suivi de l'évolution

EVALUATION DU RISQUE CUTANE

L'ECHELLE DE NORTON

Objectif : Quantifier le risque d'escarre de façon à mener une action préventive

Réalisation :

Etat général	Etat mental	Mobilité	Déplacement
Bon = 4	Bon = 4	Totale = 4	Sans aide = 4
Moyen = 3	Dépressif = 3	Diminuée = 3	Avec aide = 3
Mauvais = 2	Confus = 2	Très limitée = 2	Fauteuil = 2
Très mauvais = 1	Très confus = 1	Immobile = 1	Lit = 1
Total =	Total =	Total =	Total =

Analyse : *Le risque apparaît pour un score total $\leq$ 14 (sur un maximum de 16)*

EVALUATION DE LA SECURITE DOMICILIAIRE

LE DIAGNOSTIC DOMICILIAIRE (DOMI 9)

Objectif : Vérifier l'ensemble des paramètres environnementaux domiciliaires

Réalisation : Passer en revue les 9 points suivants

1. Sols
2. Espaces de déplacement
3. Eclairage
4. Mobilier
5. Sanitaire
6 Cuisine
7. Chauffage
8 Téléphone
9. Jardin

Analyse : *La constatation d'éléments défectueux ou améliorables pour chacun des 9 points justifie des mesures spécifiques*

HYGIENE

EVALUATION DE L'ELIMINATION URINAIRE

LES DEUX QUESTIONS URINAIRES

Objectif : Apprécier l'existence d'une incontinence urinaire.

Réalisation : 1ère question : "Avez-vous une fuite d'urines à l'occasion d'un effort - toux, éternuement, rire - sans vous en rendre compte ou sans pouvoir l'empêcher ?"

2e question : "Avez-vous des besoins impérieux, mais non douloureux, d'uriner ?"

Résultats : Une réponse positive à la 1ère question évoque une *incontinence urinaire d'effort* (IUE). Elle résulte de l'altération des muscles périnéaux qui participent à la fermeture du sphincter urétral.

Une réponse positive à la 2e question évoque une *incontinence urinaire par impériosité* (IUI). Elle résulte de l'impossibilité d'inhiber les contractions réflexes du détrusor.

OCCUPATIONS

EVALUATION DE L'HUMEUR

GDS4 : MINI GERIATRIC DEPRESSION SCALE

Objectif : Dépistage de la dépression

Réalisation : Poser quatre questions simples auxquelles il faut répondre par oui ou non.

1. Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste oui (1) non (0)
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide oui (1) non (0)
3. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps oui (0) non (1)
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée oui (1) non (0)

Analyse : Un score total de 0 correspond à une très faible probabilité de dépression. Cette probabilité augmente proportionnellement au score. *Un score $\geq$ 1 justifie d'approfondir la question.*

EVALUATION de l'ANXIETE

LA COVI

Objectif : Dépistage rapide qualitatif de l'existence de troubles anxieux.

Réalisation : Analyser trois items en les cotant de O (tout à fait normal) à 4 (tout à fait perturbé)

1. **Le discours** (nerveux, agité, tendu, difficile, effrayé)
2. **Le comportement** (mal à l'aise, agité, angoissé)
3. **L'état somatique** (sudation, tremblement, tachycardie, oppression thoracique, estomac noué, gorge nouée)

Analyse : *Un total $\geq$ 6 (pour un total maximal de 12) témoigne d'une anxiété justifiant une prise en charge spécifique.*

NUTRITION

EVALUATION QUANTITATIVE

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)

Objectif : Dépister une mal (ou dé) nutrition

Réalisation :

1. Appétit
- Normal = 2
- Altéré = 1
- Anorexie = 0

2. Poids (<3 mois)
- Stable = 3
- Perte entre 1 et 3 kg = 2
- Inconnu = 1
- Perte > 3 kg = 0

3. Motricité
- Totale = 2
- Domiciliaire = 1
- Lit fauteuil = 0

4. Maladie aiguë ou stress (< 3 mois)
- Non = 2
- Oui = 0

5. Etat neuropsychologique
- Normal = 2
- Démence ou dépression légère = 1
- Démence ou dépression sévère = 0

6. IMC : Poids(kg)/Taille(m^2)
- $\geq$ 23 = 3
- 21-23 = 2
- 19-20 = 1
- < 19 = 0

Analyse : *Un score $\geq$ 12 (pour un total théorique de 14) est normal*
Un score $\leq$ 11 est pathologique.

EVALUATION QUALITATIVE

PAR JOUR, PAR SEMAINE

Objectif : Apprécier la consommation quotidienne et hebdomadaire.

Réalisation : Apprécier les apports en calcium en protides et en eau à partir des besoins théoriques.
* Trois repas par jour
* Consommation quotidienne de viande ou de volaille ou de poisson
* Consommation quotidienne d'au moins 5 verres de boisson
* Consommation quotidienne de l'équivalent d'1 litre de lait
* Consommation quotidienne d'au moins un fruit
* Consommation quotidienne de légumes
* Consommation hebdomadaire d'oeufs

Analyse : *Une réponse négative à l'une des questions justifie un bilan diététique.*

CHAPITRE 4

BILANS COMPLEMENTAIRES ET STRATEGIES

LES MESURES GENERALES

LE CONCEPT de FRAGILITE

Sans reprendre les indications de l'évaluation gérontologique systématique (cf chap 3) il apparaît opportun d'insister ici sur le concept de fragilité cher à la gériatrie contemporaine.

"Le syndrome de fragilité du sujet âgé n'est pas lié à une maladie déterminée, mais résulte d'une *réduction multisystémique des aptitudes physiologiques* qui limite les capacités d'adaptation et d'anticipation au stress ou au changement d'environnement". R. Gonthier (*ref 3*).

L'identification d'une telle situation repose sur le constat de tout ou partie des composantes suivantes :

1. Age > 85 ans
2. Malnutrition : IMC < 20 et/ou pli cutané tricipital < 7 mm chez l'homme et < 12 mm chez la femme et/ou taux d'albumine sérique < 35 g/l
3. Sédentarité et/ou isolement
4. Traitement > 4 médicaments

Ces quatre éléments peuvent échapper à la grille MOSHON. Leur existence est une incitation formelle au raccourcissement de la fréquence des évaluations.

HIERARCHIE DES DECISIONS et PRINCIPE DE REALITE

Comme nous l'évoquions précédemment le "centre de gravité" de l'évaluation gérontologique repose sur cette question : et après ?
Certes, la poser témoigne d'un réel travail d'appréciation de la situation et de détection des risques et des besoins, c'est l'objectif de la grille MOSHON. Mais, cependant, l'essentiel reste à faire et ce, avec deux grands objectifs :

- Compléter l'étude analytique
- Faire la synthèse

L'étude analytique

Elle consiste à approfondir chacune des incapacités et à définir les ressources nécessaires.
Cette étude justifiera le plus souvent de faire appel à des avis spécialisés, gériatres, psychogériatres, spécialistes d'organe et autres professionnels médico-sociaux. Cette manne de renseignements et de propositions illustre deux des aphorismes de la pratique généraliste :

Le généraliste ne peut pas tout faire mais doit savoir tout ce qui se fait.
Le généraliste détecte : si il le peut il gère le problème ; sinon il sollicite un (des) avis.

Cet ensemble considérable est développé dans les pages suivantes qui abordent les mesures spécifiques. Nous souhaitons insister ici sur la gestion de ces apports c'est à dire la synthèse et les décisions.

Faire la synthèse et prendre des décisions *nécessite trois étapes*

1ère étape : Pour chaque problème identifié, application de l'outil système OPE. C'est à dire identification des paramètres qui relèvent de l'organe, ceux qui relèvent de la personnalité, ceux enfin qui relèvent de l'environnement. On insistera jamais trop sur l'importance de cette procédure d'autant que les causes ou les ressources ne correspondent pas forcément au champ d'expression du problème.

2e étape : Pour l'ensemble des problèmes, effectuer une sorte de peréquation entre les éléments de gravité et les éléments de faisabilité. C'est la hiérarchisation des décisions qui doit être la colonne vertébrale du plan de soins. *En gérontologie on ne peut jamais tout résoudre, il faut s'y résoudre.*

3e étape : Adapter le plan de soins à la participation de la personne âgée. C'est ici la place du principe de réalité bien familier aux généralistes. La sacro-sainte anticipation est par trop souvent mise en échec par un déni (légitime) du genre "*J'ai bien le temps n'est-ce pas docteur ? On verra ça plus tard*". De sorte que trop souvent la décision se prendra dans l'urgence par force médicale (quand ce n'est pas par pression familiale ou sociale) du fait du respect d'une autonomie (par nature) imprévoyante !
Et ce n'est pas la moindre charge de ceux que l'on appelle les médecins traitants. Car hormis le cas idéal d'une fin de vie choisie et paisible à domicile, combien d'institutionnalisations vont-elles se faire dans la précipitation et sans la participation libre et raisonnée de l'intéressé(e).
"*Ce n'est pas parce que l'on a satisfait tous les besoins de l'individu que l'on a répondu à son désir*". La formule est belle, sa pratique est difficile, mais elle reste à la base de la prise en compte du respect de la dignité humaine.
Il n'en demeure pas moins que l'on ne proposera jamais trop souvent, ni trop tôt, à la personne de "*réfléchir à ce qu'elle souhaiterait en cas de problèmes*" (Marc Berthel).